Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 3 - 1975

HET WIT-GELE KRUIS EN DE GEZONDHEIDSZORG TEN HUIZE.

De Federatie van Wit-Gele Kruis Verenigingen van België heeft onlangs haar jaarverslag uitgegeven voor 1974. Dit lijkt ons een gepaste gelegenheid om de aandacht van de geneesheren te vestigen op de activiteit van deze Vereniging en nadere informatie te verstrekken over het doel dat zij nastreeft en de middelen die zij daartoe aanwendt.

De laatste jaren is in de milieu's die belangstelling hebben voor het gezondheidsbeleid de aandacht gegaan naar wat gewoonlijk « Home Care » genoemd wordt.

Teineinde een juist inzicht te krijgen in de huidige toestand inzake gezondheidszorgen ten huize is het goed eerst de evolutie na te gaan van de gezondheidszorg in het algemeen.

Het mag niet uit het oog verloren worden dat de behandeling van de zieken historisch en chronologisch in de eerste plaats ten huize van de patient geschiedde.
De geschiedenis van de geneeskunde en de geschiedenis van de Kerk bewijzen dit ten overvloede.

De hooggeplaatste personen hadden zelfs artsen gehecht aan hun persoon, die hen steeds vergezelden ook wanneer zij zich verplaatsten voor verre reizen.

In het begin van onze christelijke tijdrekening waren het de apostelen of hun afgevaardigden die zich verplaatsten naar de plaats waar zieken verbleven : « Indien iemand onder u ziek is... ».

Er moet aan herinnerd worden dat de geneeskunde eeuwenlang op een in onze ogen zeer laag niveau gebleven is. In feite kan men haar peil niet hoger schatten dan dat van eerste hulp bij ongevallen (en ziekte). Geneeskunde was in feite verpleegkunde.

De toestand van de ernstig zieke mensen was in alle opzichten betreurenswaardig : ziekte bracht spoedig armoede, honger en gebrek aan geschikte huisvesting mede.

Het christendom heeft hierin verandering gebracht en de eerste instellingen voor verpleging van zieken in het leven geroepen in toepassing van de werken van barmhartigheid.

Deze verschuiving van de ziekenzorg naar verplegingsinstellingen is irreversiebel gebleken om vele redenen.

Wij zouden er willen op wijzen dat in feite de verplegingsinstellingen de insufficientie van de verpleging ten huize hebben willen

opvangen : meer op het domein van de sociale aspekten hiervan dan van de medische aspekten der verzorging. Zij leverden hoofdzakelijk huisvesting, verwarming en voeding want zuiver medisch-verpleegkundig gezien konden zij niets méér aanbieden dan wat ten huize kon gedaan worden.

Deze verplegingsinstellingen verdienden dan ook de naam van « Hotel Dieu » die ze dikwijls droegen.

Deze kenmerken zijn de verplegingsinstellingen eeuwen lang bijgebleven : zij waren dan ook een zegen voor de ontelbare zieken die in de meest gunstige omstandigheden — alle verhoudingen in acht genomen — konden verpleegd worden.

De ontdekkingen van de geneeskundige wetenschap vanaf de tweede helft van de XIXe eeuw hebben er toe bijgedragen dat de nadelen van de hospitalisatie van een groot aantal zieken zonder onderscheid duidelijk op de voorgrond traden. De ontdekking van de typhusbaccil en de Kochbaccil bvb. deden een licht opgaan over de mortaliteit van typhuspatienten die samen verzorgd werden met tuberculose patienten en omgekeerd. De hoge mortaliteit aan kraambedkoorts van vrouwen verlost in verplegingsinstellingen in tegenstelling tot de mortaliteit bij vrouwen die ten huize bevielen, was een duidelijke aanwijzing van het gevaar dat kon verbonden zijn aan hospitalisatie.

Er moge aan herinnerd worden dat nu nog in onze sanitaire wetgeving de hospitalen gerangschikt zijn als « ongezonde en hinderlijke inrichtingen van 1ste klasse » !

De gevaren toe te schrijven aan de overdracht van besmettelijke ziekten op zieken verpleegd in verplegingsinstellingen werden overwonnen door de isolering in afzonderlijke afdelingen.

Eens deze handicap overwonnen kenden de verplegingsinstellingen een steeds grotere bloei ten gevolge van de ontwikkeling in de geneeskundige techniek. De steeds grotere vertechnisering van de geneeskunde had als gevolg dat vele behandelingswijzen slechts in het kader van een verplegingsinstelling konden toegepast worden. De geneesheren steeds meer gespecialiseerd in een steeds groter aantal technieken verrichtten deze handelingen uitsluitend in de verplegingsinstellingen. Zij kregen hiervoor steeds beter uitgeruste lokalen ter hunner beschikking : « technische blokken » in tegenstelling tot het « beddenhuis » waar de patienten verblijven.

Deze evolutie heeft geleid tot de toestand die wij nu kennen : het aantal z.g. « acute » ziekenhuisbedden — bedoeld voor de verpleging en medische behandeling van acute ziektetoestanden — heeft het saturatiepunt bereikt of zelfs overschreden (uitgedrukt per 1.000 inwoners).

Het aantal bedden dat ter beschikking staat voor de verpleging van chronische zieken is echter beduidend onvoldoende. Rekening houdend met de veroudering van de bevolking en dank zij de steeds gunstiger vooruitzichten voor behandeling van intercurrente aandoeningen zelfs bij bejaarden, zal deze toestand er niet op verbeteren.

In historisch perspectief gezien stellen wij vast dat waar eeuwen geleden de hospitalen opgericht werden omwille van de verpleegkundige eisen gesteld door de ziekte, bij ontstentenis van medische behandeling zoals wij ze zien, wij nu nood hebben aan verpleegtehuizen om de patienten die een moderne technische behandeling met succes ondergaan hebben verder te verzorgen.

⁂

KAN DE VERZORGING TEN HUIZE HIER EEN PLAATS KRIJGEN IN HET ALGEMEEN KADER VAN DE GEZONDHEIDSZORG ?

Deze vraag dient opgelost te worden uitsluitend met het oog op het belang van de patient. Dit wordt gezegd ten aanzien van allen die betrokken zijn bij de behandeling van de ziekte : de patient zelf en zijn familie, de geneesheren, maar ook de openbare machten die de gezondheidszorg in hun bevoegdheid hebben.

In de huidige omstandigheden zou men kunnen zeggen dat er gevallen zijn waar behandeling ten huize onmogelijk is en medisch niet verantwoord. Wij bedoelen hierbij heelkundige ingrepen, sommige medische behandelingen die zeer nauwkeurig moeten gevolgd worden wegens gevaar voor iatrogene schadelijke bijwerkingen, gevallen waar reanimatietechnieken aangewend moeten worden, ook gevallen waar het milieu zelf oorzaak van ziekte is. In dergelijke gevallen zal men noodgedwongen hospitalisatie moeten verkiezen; het advies van de geneesheer is hierbij doorslaggevend.

Afgezien van deze gevallen dient men steeds bij de beoordeling van de wenselijkheid van verzorging ten huize de patient als verbonden met zijn milieu te zien. Hospitalisatie brengt steeds een breuk mede in dat opzicht en vermeerdert de angst die het ziekzijn altijd met zich brengt.

Verzorging ten huize vergt echter de vervulling van een zeker aantal voorwaarden die noodzakelijk zijn om het verloop van de ziekte in de best mogelijke omstandigheden te waarborgen.

De algemeen hygienische voorwaarden om zonder gevaar voor zijn gezondheid een zieke ten huize te verzorgen zijn in onze tijd veelal aanwezig (enkele uitzonderingen daargelaten) : licht, lucht, warmte, isolatie mogelijkheden zijn voorhanden.

Aannemend dat de familie bereid is de verzorging ten huize te aanvaarden kan deze dan ook toegepast worden.

⁂

Het Wit-Gele Kruis is een georganiseerde dienst voor verpleging ten huize die zich ter beschikking houdt voor deze taak.

Mits een bescheiden jaarlijkse bijdrage per gezin verleent het zijn zorgen aan de leden van het aangesloten gezin op voorschrift van de behandelende geneesheer. De verzorging geschiedt uitsluitend door gediplomeerde verplegenden.

Alhoewel de eerste kernen van Wit-Gele Kruis activiteit reeds gesticht werden in 1938 op initiatief van een aantal geneesheren lid van de St. Lukas vereniging, onder leiding van wijlen Dokter H. Vandeputte uit Gent, nam het werk een sterke uitbreiding na het einde van wereldoorlog II.

De activiteit van het Wit-Gele Kruis werd echter geremd in haar ontwikkeling ten gevolge van de nadelen voortvloeiend uit een niet-aangepaste struktuur die niet voldoende rekening hield met de mentaliteitsverschillen in de verschillende landsgedeelten.

Toen in 1966 besloten werd tot de oprichting van een Nationale Federatie, onafhankelijke verenigingen groeperend met het statuut van een V.Z.W., kwam er pas schot in de zaak.

Dank zij de beslissing van de Landsbond der Kristelijke Mutualiteiten tot globale aansluiting van zijn leden bij het Wit-Gele Kruis op het niveau van de Mutualiteitsverbonden kwam een ontwikkeling in gang die geleid heeft tot de huidige toestand zoals hij weerspiegeld wordt in het activiteitsverslag over het jaar 1974 dat de aanleiding is tot het schrijven van onderhavig artikel.

Hieronder vindt men de gegevens ontleend aan dit jaarverslag uitgedrukt in percentage van het globaal aantal verzorgingen per provincie :

1970	%	1974	%
Antwerpen	9	Antwerpen	9,24
Limburg	10,45	Limburg	9,23
Oost-Vlaanderen	20,66	Oost-Vlaanderen	20,53
Vlaams-Brabant	9,83	Vlaams-Brabant	10,25
West-Vlaanderen	29,10	West-Vlaanderen	25,33
Totaal Vlaanderen	79,04	Totaal Vlaanderen	74,58
Totaal Brussel	7,57	Totaal Brussel	6,61
Heneg. (Moeskr.)	1,65	Heneg. (Moeskr.)	2,35
Luik	1,68	Luik	4,98
Luxemburg	0,92	Luxemburg	2,78
Moeskroen	2,59	Moeskroen	1,90
Namen	3,83	Namen	2,85
Waals-Brabant	2,72	Waals-Brabant	3,95
Totaal Wallonië	13,39	Totaal Wallonië	18,81

Hieruit blijkt dat momenteel ongeveer 3/4 van de Wit-Gele Kruis activiteit zich afspeelt in het Vlaamse landsgedeelte; er is wel een verheugende groei waar te nemen in Wallonië.

De absolute cijfers van het aantal verzorgingen zijn indrukwekkend zoals blijkt uit onderstaande tabel (per provincie).

Jaar 1974	Aantal zorgen	Toiletten %	Inspuit. %	Verb. %	Versch. %
Antwerpen	845.632	25,64	58,64	13,81	1,92
Limburg	845.005	22,82	60,50	14,35	2,33
Oost-Vlaanderen	1.879.390	30,76	50,00	17,33	1,91
Vlaams-Brabant	938.872	26,34	56,00	16,07	1,59
West-Vlaanderen	2.319.201	22,24	55,55	15,43	6,78
Brussel	605.512	13,96	73,39	10,05	2,60
Heneg. (Moeskr.)	215.475	20,55	64,10	13,64	1,71
Luik	456.125	19,04	65,71	13,36	1,88
Luxemburg	254.345	14,22	67,78	15,38	2,62
Moeskroen	174.339	12,73	73,72	8,00	5,56
Namen	260.879	17,42	68,01	12,63	1,94
Waals-Brabant	361.442	18,47	66,85	12,31	2,37

Dit brengt het totaal aantal verzorgingen op 9.156.217 verricht door 1569 verplegenden beschikkend over 1.352 dienstwagens.

Wat de aard der verleende zorgen betreft ziet men dat toiletten, verbanden en inspuitingen de overgrote meerderheid uitmaken zoals eveneens blijkt uit dezelfde tabel.

De aard van de zorgenverlening is afhankelijk van uiteenlopende factoren : het behoeftenpatroon van de streek, de levenswijze van de bevolking, de bereidheid tot samenwerking der artsen, de struktuur van de intramurale zorgenverlening. De mogelijkheden en moeilijkheden in zake zorgenverlening ten huize worden ook sterk beinvloed door de bevolkingsdichtheid, (stad of platteland), de klimatologische omstandigheden, de verhouding tot de andere diensten die werkzaam zijn op het terrein van de thuisverzorging. Dat er geen onoverkomelijke moeilijkheden bestaan bewijst het geval van de provincie Luxemburg waar de Wit-Gele Kruis activiteit de gehele provincie bestrijkt, niettegenstaande de moeilijke geografische situatie.

Niettegenstaande de gunstige resultaten van de activiteit van het Wit-Gele Kruis onbetwistbaar zijn, niettegenstaande onschatbare diensten bewezen werden aan de bevolking van ons land stellen de verantwoordelijken van deze organisatie zich de vraag of **in de toekomst niet meer kan gedaan worden en vooral of er niet beter kan gedaan worden ?**

Sinds enige tijd wint de opvatting immers veld dat nog meer patienten in aanmerking kunnen komen voor verzorging ten huize zelfs bij tamelijk zware ziektetoestanden of om opname in een verplegingsinstelling te vermijden of om ontslag uit een verplegingsinstelling te bespoedigen. Dit is een bepaling van « Home Care » die praktisch bruikbaar is.

Oorspronkelijk is dit begrip in het leven geroepen door Bluestone die vanuit het Montefiori hospitaal in New York de eerste dienst van Home Care inrichtte.

Volgens deze opvatting wordt de patient vroegtijdig uit het hospitaal ontslagen en verder thuis verzorgd onder rechtstreeks toezicht van de geneesheren die hem in het hospitaal behandeld hebben. Het verpleegkundig personeel volgt de richtlijnen van deze medische ploeg die zich regelmatig verplaatst naar het huis toe van de patient.

Dit is de z.g. « hospital based » home care.

Volgens een andere opvatting gaat het initiatief uit van de gemeenschap — lokaal, regionaal, nationaal — die een dienst ter beschikking stelt voor de verzorging ten huize door een medisch-verpleegkundig team, de z.g. « community based » home care.

Volgens een derde opvatting is de verzorging ten huize onder vorm van « Home Care » gesteund op de behandelende huisarts die

als spil van een complex team fungeert dat gezamelijk de globale verzorging op zich neemt van de zieke. Dit is de z.g. « agency based » home care.

De zieke wordt in dit systeem gezien als de gehele mens die ziek is met alles wat dit meebrengt aan psychische, sociale, familiale en economische implicaties.

Uit een uitgebreid enkwest gehouden ter gelegenheid van een congres van het N.V.K.V. (1960) met medewerking van alle groepen van verplegenden over geheel het land is gebleken dat de patienten in de overgrote meerderheid verkiezen thuis verzorgd te worden, indien het technisch mogelijk is.

Op verzoek en met de steun van de heer Minister van Volksgezondheid heeft het Wit-Gele Kruis aanvaard experimenten in gang te brengen in verschillende gebieden van het land : Ieper, Dendermonde, Mechelen en Namen, om de mogelijkheden te testen van Home Care volgens de derde formule die wij hoger beschreven hebben.

Wegens het officiele karakter van deze opdracht en de subsidiering ervan door het ministerie geschieden deze experimenten in samenwerking met alle organisaties die bij « Home Care » betrokken zijn : de wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen, de maatschappelijke dienst van de mutualiteiten, de organisaties voor familiale hulpverlening en bejaardenhulp. Er wordt tevens beroep gedaan — indien dit aangewezen is — op de hulp van kinesisten en logopedisten; een uitleendienst verschaft de meest uiteenlopende voorwerpen of toestellen tot en met hospitaalbedden.

De mogelijkheid van behandeling in « Home Care » staat open voor alle zieken die hiervoor in aanmerking komen, mits gunstig advies van de huisarts die de behandeling op zich neemt.

Gezien het experimenteel karakter van de onderneming worden geen andere voorwaarden gesteld noch wat betreft het lidmaatschap van een mutualiteit noch van het Wit-Gele Kruis.

Het vaste team voor de Home Care vergadert zo nodig elke dag om de gevallen te bespreken en de werking te evalueren onder leiding van de verantwoordelijke sociale verpleegster. De huisartsen worden principieel uitgenodigd aanwezig te zijn bij de bespreking van de door hen behandelde gevallen.

Het is nog te vroeg om een volledige evaluatie te maken van de resultaten van deze experimenten. In afwichting van de uitslagen van een wetenschappelijke studie die momenteel verricht wordt willen wij toch enkele beschouwingen wijden aan wat nu reeds kan gezegd wor-

den dienaangaande. Hierbij houden wij hoofdzakelijk rekening met de voorlopige besluiten die wij kunnen trekken uit één jaar experiment in de regio Ieper-Poperinge.

Er werden tijdens de eerste 12 maanden 116 patienten in Home Care opgenomen.

Hiertoe werd het initiatief in 88 op 116 gevallen genomen door de huisarts en de verpleegster van het Wit-Gele Kruis.

De bereidheid tot samenwerken van de huisartsen blijkt uit het feit dat 37 van de 43 huisartsen werkzaam in de regio medegewerkt hebben aan het experiment; 16 onder hen (1/3) namen zelf het initiatief om een zieke aan de Home Care toe te vertrouwen.

Er werden 32 patienten geweigerd om verschillende redenen :

Reden	Aantal
Gew. thuisverpleging	15
Overleden	3
Onm. hospitalisatie	2
Buiten territorium	1
Tegen-aanw.	10
Nog in kliniek	1
Totaal	32

Hieruit blijkt dat een strenge selectie toegepast wordt : de helft van de geweigerde aanvragen werden verwezen naar de gewone thuisverpleging, er waren 10 gevallen waar een tegenaanwijzing bestond voor Home Care. Volgens de thans geldende criteria moet een Home Care patient intensieve zorgen nodig hebben en benadering van ten minste twee team-leden.

Er zal moeten uitgemaakt worden — voor de toekomst — of deze criteria te streng of niet streng genoeg zijn.

Interessant is hier de vraag naar de herkomst van de Home Care patient :

Plaats van herkomst	Aantal	%
Thuisverpleging	38	46,5
Ziekenhuis	33	40,2
Akute ziekte	11	13,3
Totaal	82	100

Opvallend is dat de patienten die reeds vooraf thuisverpleging kregen (38) ongeveer even talrijk zijn als de patienten die uit een ziekenhuis ontslagen werden (33).

Waren veel patienten die oorspronkelijk in thuisverpleging verzorgd werden in feite Home Care patienten ? of werd hospitalisatie hier vermeden ? Is de verhouding van uit een hospitaal ontslagen patienten tot het totaal een juiste weergave van de reële mogelijkheden tot opname in Home Care ?

Dat de patienten die in Home Care verpleegd werden in relatieve mate zwaar ziek waren blijkt uit de redenen tot ontslag van de 68 ontslagen zieken.

	Aantal	%
Terug naar T.V.	23	33,8
Naar ziekenhuis	13	19,0
Gestorven	27	39,7
Genezen	5	7,3
Totaal	68	± 100

Er zijn dus ongeveer 40 % van de patienten gestorven en 19 % moest terug of voor het eerst naar het ziekenhuis.

Wat de aard der kwalen betreft waaraan de patienten leden blijkt dat 38 % behoren tot de cancerologie cijfer dat ongeveer overeenstemt met het cijfer van de sterfgevallen (zie tabel met reden van ontslag).

Tenslotte geven wij een tabel waar de differentiatie naar leeftijd en geslacht aangeduid wordt.

Leeftijd Geslacht	7-25	25-45	45-pens.	+ pensioen	Totaal
Mannen	1	2	9	17	29 (35,4 %)
Vrouwen	1	4	6	42	53 (64,6 %)
Totalen	2	6	15	59	82
%	2,4 %	7,3 %	18,3 %	71,9 %	100 %

Hieruit blijkt dat 71,9 % van de patienten de pensioen leeftijd bereikt hebben; twee derden van de patienten zijn vrouwen.

Het was eindelijk ook nuttig de aard der zorgen verleend in thuisverpleging enerzijds en de zorgen verleend in Home Care te vergelijken.

Hieronder volgt een vergelijking van deze zorgen over een beperkte periode.

Prestaties	Gewone T.V. Aantal	%	Home Care Aantal	%
Toiletten	37.929	20,2	2.079	38,9
Inspuitingen	116,019	61,7	1.263	23,6
Verbanden	22.504	11,9	1.209	22,6
All. zorgen	9.823	5,2	679	12,7
Totalen		99,0		97,8

Opvallend is de merkwaardige daling van het aantal inspuitingen in Home Care en een noemenswaardige stijging van de toiletten, verbanden en allerlei zorgen.

Samenvattend wat het experiment in Ieper-Poperinge ons voorlopig leert kunnen wij zeggen :

— de patienten hebben voor een groot deel de pensioenleeftijd bereikt, er zijn meer vrouwen dan mannen, er zijn relatief veel zware zieken, de mortaliteit ligt relatief hoog, de cancerologie neemt een belangrijke plaats in, de selectie is streng;

— het verpleegkundig werk neemt meer tijd in beslag wegens de stijging van het aantal toiletten en allerlei zorgen;

— familiale hulp is dikwijls nodig wegens de leeftijd van de huisgenoten of de samenstelling van het gezin;

— het maatschappelijk werk ten bate van het betrokken gezin wordt in belangrijke mate gestimuleerd.

⁂

Het Wit-Gele Kruis heeft door mede te werken aan de experimenten van Home Care in verschillende regionen van het land zijn bijdrage willen leveren tot de studie van de mogelijkheden die vervat liggen in een vorm van geneeskundige zorgenverlening die weer ontdekt werd na lange tijd uit de belangstelling van alle kringen geweerd te zijn geweest door de overweldigende opmars van de technische geneeskunde.

De **huisarts** mag in de realisatie van Home Care een vorm zien van revalorisatie van zijn taak.

De erkenning van de huisarts als spil van het Home Care team, de noodzakelijke medewerking van de huisarts aan de verwezenlijking ervan, de mogelijkheden geschapen voor de huisarts van medewerking met een team dat zich richt tot alle aspekten van het ziekzijn van zijn patient laten hierover geen twijfel bestaan.

Voor **de zieke** is de realisatie van Home Care een terugkeer tot de gezonde opvatting dat behandeling van ziekte niet noodzakelijk moet gepaard gaan met wegrukken uit zijn vertrouwd milieu en verbreken van de relaties die hem binden met zijn familie.

Hiertoe is een mentaliteitsverandering nodig : van de opvatting : « ik ben ernstig ziek, dus laat ik mij opnemen in het ziekenhuis » moeten wij evolueren naar de opvatting : « ik ben ernstig ziek, is het noodzakelijk opgenomen te worden in een ziekenhuis of kan ik de nodige zorgen in mijn geeigend milieu ontvangen ? ».

De familiale omgeving moet tevens bereid zijn — en in staat — de bijkomende last die Home Care meebrengt te aanvaarden.

Voor de **openbare macht** ten slotte moet Home Care niet in de eerste plaats een middel zijn om de onkosten die ten hare laste vallen te drukken, wat nog niet bewezen is.

De resultaten van de experimenten die ondernomen werden zullen grondig geanalyseerd moeten worden ten einde het beleid te bepalen voor de toekomst. Moet de Home Care bevorderd waden ? moet men trachten deze vorm van gezondheidszorg aan te moedigen ? Zijn hiervoor wijzigingen noodzakelijk in de financiele voorzieningen die tot nog toe gelden voor de ziekenzorg ?

⁂

Het Wit-Gele Kruis is bereid zijn verantwoordelijkheid te nemen ter zake en mede te werken aan de uitbouw van een net van thuisgezondheidszorg dat zich uitstrekt over geheel het land. Het kan steunen op een stevige infra struktuur en op zijn wil de kwaliteit van de zorgen ten huize steeds hoger op te voeren ten bate van de talrijke zieken die aan zijn zorgen toevertrouwd worden.

L. LIBBRECHT,
Nationaal Voorzitter
Federatie Wit-Gele Kruis Verenigingen.

COORDINATIE VAN MEDISCHE MISSIE - AKTIVITEITEN MET DE LOKALE OVERHEDEN IN DE ONTWIKKELINGSLANDEN

door Dr Ph. SCHUERMANS

Historisch gezien kunnen we de situatie van de Medische Missiediensten als volgt schetsen :

1. In het koloniaal tijdperk waren de medische missie diensten in feite gelijk gesteld met de medische diensten van de regering. Qua subsidies voor materiaal en personeel was er praktisch geen onderscheid.

2. Bij de onafhankelijkheid hebben de lokale overheden de regeringsdiensten overgeërfd terwijl de subsidiering van de missiediensten op drastische wijze werd ingekort.

3. Heden ten dage is het patrimonium van de regeringsdiensten vrijwel volledig opgeleefd : dit geldt zowel voor de kostbare apparatuur (RX, laboratorium) als voor de gebouwen zelf en de basisuitrusting (bedden, matrassen, klein nursingmateriaal).

De medische missiediensten daarentegen hebben hun uitrusting beter onderhouden zelfs kunen aanpassen of vernieuwen dank zij vooral de uitmuntende toewijding van zijn personeel en de buitenlandse materiele steun.

Deze vrij degelijke situatie van de medische missiediensten is echter nu een doorn in het oog van de lokale overheden geworden. Deze laatste zou er wel eens kunnen aan denken deze diensten in te palmen door een brutale nationalisatie, menende op deze manier zijn eigen patrimonium te kunnen verrijken.

Het globaal sanitair peil gaat ons inziens jaarlijks achter uit. Als oorzaken voor deze achteruitgang kan men aanhalen :

1. Zuiver materiële faktoren : de kostprijs van basisprodukten, nieuwe pharmaceutische produkten en moderne apparatuur, stijgt gestadig. De bevoorrading stuit op transportmoeilijkheden en een niet te onderschatten risiko van diefstal.

De wettelijke financiële bipdrage voor de geneeskundige zorgen die de patienten zelf moeten dragen is sinds de onafhankelijkheid slechts met 50 % verhoogd, terwijl de effektieve waarde van de lokale munt van 1 F voor 1 FB tot 1 F voor 0,3 FB gezakt is, zodat deze bijdrage in werkelijkheid verminderd is tot 50 % van deze 20 jaar geleden.

2. Medico - sociale faktoren : de prachtige geneesmiddelen, op de eerste plaats de antibiotica, antimycotica en parasietendodende

middelen, beletten heel wat sterfgevallen. De morbiditeit vermeerdert echter gestadig wegens de bevolkingsaangroei en de verslechtering van de elementaire levensomstandigheden (voeding, hygiëne...). Aan de vraag voor elementaire kuratieve zorgen kan nauwelijks beantwoord worden.

Het invoeren van de preventieve geneeskunde is een investering voor de toekomst : wanneer het individu zich in een toestand bevindt die hem zelfs géén garantie geeft voor een degelijk dagelijks bestaan is het aanvaarden van zulk een toekomstinvestering zeer moeilijk, laat staan onmogelijk om niet te zeggen « huichelarij », zich zo maar aan het lijntje te laten houden. Praktisch werd tot nog toe de preventieve geneeskunde ingevoerd ten koste van de klassieke kuratieve geneeskunde : aan het reeds over - gesolliciteerd personeel in de klassieke kuratieve diensten werd gevraagd ook nog preventief te gaan denken en werken, het materiaal en de gebouwen moesten daar ook voor dienen. Dit brengt overbelasting met zich mee, al is de aanpak wel te verantwoorden, al was het maar omdat geen nieuwe kredieten worden gevonden om de preventieve geneeskunde daadwerkelijk te promoveren. Men leeft echter niet alleen van mooie theorieën !

3. Dit brengt ons in feite regelrecht tot de kern van de zaak : de voornaamste oorzaak van achteruitgang ligt vast en zeker vooral op zuiver menselijk niveau, zowel wat de inlanders als de buitenlanders betreft onze kritiek zal iets sterker zijn op de buitenlanders omdat deze zich al te dikwijls aanstellen als de beste opgeleidden en daarenboven vrijwillig gekozen hebben om zich te expatrieëren : van hen wordt au départ verwacht dat ze zich volledig ten dienst stellen van de reële noden van de mensen die ze willen helpen.

In de meeste ontwikkelingslanden werd bij de onafhankelijkheid een demokratische politieke struktuur opgetimmend : er zijn er slechts een paar die een dergelijke struktuur reël opgebouwd hebben. De huidige regeerders hebben de vroegere politieke regimes gekend en hebben er op zijn minst die gewoonten van bewaard die hen helpen hun macht op te dringen. Al de inlandse beschavingen zijn nu eenmaal gebaseerd op twee hoofdelementen : ANGST en ZELFVERDEDIGING : het is absoluut uitgesloten bekommerd te zijn om het welzijn van de medemens.

Dit geldt natuurlijk dan ook voor het medisch en paramedisch inlands personeel. Dit moet u zich eens inbeelden : een inlandse arts, een inlandse verpleegster zal slechts professioneel iets presteren indien hij er sociaal en kultureel direkt baat bij heeft. En ik zeg niet **« ekonomische baat »**, omdat de ekonomie in hun mentaliteit in te géén waarde heeft, het heeft slechts waarde in funktie van sociale en kulturele verplichtingen. Voorbeeld : geld (zowel als produkt van een maandwedde als van de verkoop van gestolen medikamenten) dient integraal om sociale en kulturele **protektie** te bekomen : zuivere zelfverdediging. Zulk een motivatie strookt dus geenszin met onze ele-

mentaire begrijpen van vaastenliefde. Onze westense samenleving is sinds minstens 15 eeuwen doordrongen door een kristelijke beschaving : naastenliefde is een vanzelfsprekende begrip, zelfs in niet — gelovige doktrines.

't Is nu éénmaal zo dat in de meeste ontwikkelingslanden het geloof recent werd ingevoerd : hoe zou de naastenliefde op zo'n korte tijd angstobsessies en zelfverdedigingsreflexen overwonnen hebben ?

De buitenlanders moeten deze feiten eerste goed aanvoelen, verwerken en tenslotte... **respekteren** ! Dit is véél meer dan gewoon aanvaarden : deze feiten zijn reëele struikelblokken zolang de buitenlanders per se aan hun eigen opinies en methodes willen houden en deze vanzelfsprekend willen opleggen vermits hun fataal een leidende rol wordt toegewezen. De buitenlanders zijn géén gastarbeiders zoals in België ê deze laatsten aanvaarden die taken die de Belgen zelf niet meer willen aanvaarden : in Afrika zijn de buitenlanders exclusief kaderpersonneel... : ook de zuiversten, meest onbaatzuchtigen, met name de missie-zusters en -paters, hebben verantwoordelijkheden die inlanders nog niet kunnen overnemen, vooral nu om kwantitatieve redenen.

Buitenlanders die de inlanders echt **respekteren** zijn zeldzaam. Om het niet al te tragische te laten schijnen zou ik zeggen dat ze de inlanders niet meer respekteren dan hun landgenoten moesten ze in België zijn ! Au départ zijn deze buitenlanders meestal « speciale » mensen, die veruit buiten de middelmaat vallen. De middelmatige Belg verkiest « the easy way of life », hij die zich expatrieert aanvaardt of verwacht een risiko : 't zijn de risico — lopers die de samenleving in alle tijden hebben doen evolueren : schilders, beeldhouwers, politici, schrijvers, componisten : de missionarissen en ontwikkelingsamenwerkers zijn au départ van dat soort : marginale figuren, durvers.

Wat zien men echter in deze tijden : ze worden ginds ter plaatse niet « herbrond » !

Wat zijn hun huidige karakteristieken :

— gebrek aan ervaring wegens te korte prestatietermijnen;

— gebrekkige specifieke vorming en lichtzinnige rekrutering;

— dubieuse motivering.

Laten we deze punten even toelichten :

Vroeger werden pioniers echt hard opgeleid : denken we maar aan het noviciaat van de Witte Paters in Noord-Afrika. Hun werkingstermijnen zijn van 15 geleidelijk tot 5 jaar herleid. Ik ken er echter nog maar een paar die zich houden aan deze vijfjarentermijnregel : zij die in het onderwijs ingeschakeld zijn mogen om het jaar terugkomen, vele anderen komen gemiddeld om de 3 jaar eens over.

Becel
een ernstige bijdrage voor een volwaardig dieet

Dieeteigenschappen per 100 gram produkt:	- rijk aan poly-onverzadigde vetzuren: ca 50 gram cis-cis linolzuur - zonder zout: minder dan 0,01 g Na
Samenstelling der vetzuren:	- poly-onverzadigde: ca 64% - enkelvoudig onverzadigde: ca 16% - verzadigde: ca 20%
Andere voorname eigenschap:	AANGENAME SMAAK. Hoewel Becel zoutarm is, is haar smaak even fijn als die van een uitstekende kwaliteitsmargarine.



BEM 40 N - 1219 N Lintas

Becel, het beste advies bij dieetvoorschriften voor uw hartpatiënten.

Dit is niet zuiver negatief te beschouwen : de Kerk kent heden een snelle evolutie, dus is het ook goed dat de missionarissen deze evolutie blijven volgen, wat ze moeilijk kunnen doen in hun dikwijls afmattende evenzeer afstompende routine-bezigheden. Deze verkorting van het werkingstermijn is ook « menselijker » : U kunt zich niet inbeelden wat het betekent voor een missionaris geen « thuis » meer te vinden... Het afsterven van hun ouders is een enorm verlies. Bij broers en zusters zijn ze te gast, type « guest-house » : materieel alles voorhanden, maar sentimenteel is het verlies van de ouder - kind - relatie niet gekompenseerd; een ouder - kind - relatie is een herbronnings - relatie, een kind - kind - relatie blijft meestal op het niveau van de « informatie ».

Voor de leken zijn de prestatietermijnen ook zeer kort. Ongeveer de helft van de ontwikkelingshelpers blijven slechts 2 jaar ter plaatse. Praktisch betekent dit amper 1 jaar min of meer renderend werk want eerst moet men zich installeren en aanpassen, dan moet men ook nog wat van het land zien, en opeens moet men weer denken aan koffers pakken. Voor deze mensen is het natuurlijk uitgesloten de inlandse taal aan te leren.

De gebrekkige specifieke vorming komt hierop neer dat men aan buitenlandse technici verantwoordelijkheden geeft die meestal hun vormingspeil overtreffen. Een kinderverzorgster wordt hoofd van een dispensarium, een verpleegster komt in een kraamkliniek en legt forcepsen aan, een jonge arts moet maar aan heelkunde doen... Nooit wordt aan bijscholing gedaan.

Lichtzinnige recrutering is meestal het gevolg — en de oorzaak — van de hoge « turn-over » van het personeel : elk vertrek betekent een leemte, want inlandse personeel is zowel kwantitatief als kwalitatief in gebrek, zodat vliegensvlug de eerste de beste buitenlander wordt aangeworven.

De motivatie van deze buitenlanders laat dikwijls te wensen over ! 't Zijn steeds « marginalen », in de goede of slechte zin van het woord. Velen onder hen verlaten hun moederland om persoonlijke problemen te vluchten. Wanneer ze dan in een situatie komen te staan waar ze zo moeilijk een herbronning kunnen bekomen, zijn ze dikwijls volledig verpletterd.

Wij allen die dit lezen kunnen veel doen om deze probleemsituatie te helpen verbeteren. Veel hervormingen dienen ingevoerd te worden : laten we aan kompetente technici de zorg over om de vele materiële problemen op te lossen. Wij kunnen echter effektief hier in ons land, in ons dagelijks leven, heel wat realiseren.

Aan twee zeer konkrete hervormingen van zuiver menselijke aard kunnen we aktief meewerken :

1. Het verbeteren van de verstandhouding tussen de Medische Missiediensten en de lokale overheden.

Waarom ? We hebben reeds aangehaald dat het een doorn is in het oog van de lokale overheden dat de medische missiediensten renderender zijn dan de medische regeringsdiensten. Een brutale nationalisatie van de medische missiediensten kan slechts een versnelde devaluatie van het sanitair peil met zich meebrengen.

Hoe ? Eerst dient men al de Medische Missiediensten van de diverse Kerken samen te brengen. Dan pas kan een dialoog aangeknoopt worden met de lokale overheden, dialoog gebaseerd op de mogelijkheden en moeilijkheden van beide partijen.

Praktische gevolgen :

een brutale nationalisatie zal vermeden worden voor zover de verantwoordelijken van de Medische Missiediensten de zienswijzen van de lokale overheden respekteren.

« Andere werkmethodes » zullen moeten aanvaard worden : deze zullen leiden tot een « andere » vorm van « rentabiliteit » beter aangepast aan de levenswaarden van de inlanders.

Het is ten slotte toch voor hun welzijn dat men moet werken, dit zou dus geen probleem mogen scheppen !

Onze praktische inzet :

Voor de verantwoordelijken van de Medische Missiediensten is het nu al pijnlijk genoeg om te zien hoe het sanitair peil van de bevolking achteruitgaat. Nu moeten ze ook nog aanvaarden andere werkmethodes in hun eigen diensten in te voeren, met als onmiddellijk gevolg een lager rendement. Toch beseffen allen al te goed dat ze vroeg of laat zullen gedwongen worden hun diensten te beperken. Nu is het ontmoedigend voor hen zoveel negatieve kritiek van ons te horen betreffende het beleid van de lokale overheden. Op afstand kunnen we gemakkelijk alles in het belachelijk trekken, maar de ontwikkelingshelpers zitten in het bootje en moeten varen.

Laten wij ons onthouden van deze systematische negatieve kritiek die de ontwikkelinghelpers al te zeer ontmoedigt. Trachten we daarentegen hen te steunen door ons aan hun werk te interesseren en ze aan te zetten te volharden.

2. Bezieling van het personeel.

Waarom ? Wat het meest ontbreekt ginds ter plaatse, ook aan de bestbezielden onder de ontwikkelingshelpers, is herbronning.

Hoe ? Na een degelijke selektie en een aangepaste voorbereiding van de kandidaten moeten ze bestendige ondersteund en herbrond worden. Ook op materieel vlak maar vooral op geestelijk niveau.

Praktische gevolgen :

ondersteund en herbrond zal het personeel bij machte zijn telkens weer zijn denken en doen te reevalueren in funktie van zijn oorpspronkelijk ideaal dat niets anders beoogt dan zuivere dienstbaarheid. Zo zal hij bestendig getuigen van Christelijke Naastenliefde.

Onze praktische inzet :

naast materiële steun mogen we niet nalaten herbronningsmateriaal — essentieel geestelijke lektuur — aan onze ontwikkelingshelpers te zenden. Zij kunnen ook slechts degelijk verder werken dank zij de genaden die zijn hiervoor ontvangen : hier moeten wij voor bidden !

AKTIVITEITEN van S. LUKAS 1974-1975

Op 20 oktober 1974 :

Jaarlijkse Bijeenkomst te Aalst met als sprekers : Prof. Lederer en Prof. Verrezen.

Werkzaamheden van enkele Gilden

A A L S T

— **20 november '74** : Kultuur in de geneeskunde : Prof. J. M. Van de Kerckhove

— **13 maart '75** : Deelname aan de Verbondsvergadering te Sint-Niklaas.

— **20 maart '75** : Menselijke dimensie van de Kerk als gemeenschap : Prof. Piet Fransen s.j.

G E N T

— **14 november '74** : Jaarlijks feestmaal.

— **12 december '74** : Aspiraties en contestaties van de Student in de geneeskunde (paneel van studenten onder de moderende leiding van Dr. L. De Vos en Dr. P. Bernard.

— **20 februari '75** : Etische moeilijkheden voor Geneesheren : Prof. De Wolf - Groot Seminarie te Gent (Proost van het Verbond).

— **24 april '75 :** Goelagarchipel : Prof. Peeters.

— **19 juni '75** : Belevenissen als Missie-zuster-chirurg in TANZANIE : E. Z. Magda van Hoeywegen van de « Medische Missie-zusters ».

W A A S L A N D

— **17 oktober '74** : « De Goelagarchipel, staat in een staat » Prof. Peeters.

— **21 november '74** : « De Bhagavad Gita, de bijbel van de Indiërs » Prof. Cormane, Universiteit te Amsterdam.

— **12 december '74** : « De politieke, sociale, ekonomische en godsdienstige background van Palestina ten tijde van Jezus » Prof. Van den Berghe.

— **30 januari '75** : « De Multinationals » Prof. Coppé.

— **13 maart '75** : « Kunstmatige sterilisatie »
Prof. De Wolf - Verbondsproost van St. Lukas.

BRUSSEL (V.)

Vier vergaderingen samen met apothekers en veeartsen. Antwerpen, Brugge, Hasselt, Mechelen en Turnhout stuurden geen verslag in.

Een speciale oproep werd tot de leden gericht om financiële steun en bracht 80.000 op. Aan al de milde collega's hartelijk dank !

De JAARVERGADERING van het VERBOND zal plaats hebben te BRUGGE op zaterdag 13 maart a.s.

om 17 u. : eucharistieviering

nadien : gezamelijk maal

om 20 u. : spreekbeurt door Dr. D. SEVEREYNS zij beoefende gedurende 7 jaar geneeskunde bij de Indianen in Bolivië te Potosi.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Dr. P. MARCHANDISE
Penningmeester : Dr. L. MORELLE
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. : 735.36.02

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. Kluyskens — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

---

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - 2000 Antwerpen
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, Jubileumlaan 145 - 1020 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Wurmstraat 18 - 9940 Sleidinge.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 5922 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat 52 - 2700 St-Niklaas-W.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat : Louis Schmidtlaan 111 - 1040 Brussel.

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Guimardstraat 5 - 1040 Brussel.
Tel. : 511.10.06